Plein feu sur…

P. 1 à 3

Perspectives
Nom de code « Tournebride »
P. 4

Qualité

P. 6

Découverte

P. 7

Nous y étions

P. 8

n°29

Symbiose

Journal du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille - Université Catholique de Lille

Plein feu sur…

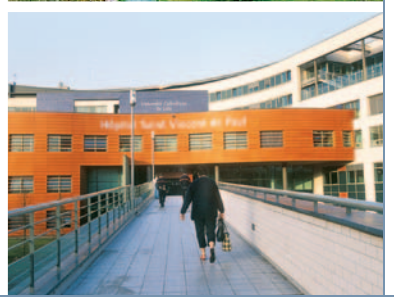
Comment s'organise la santé dans la région ?

Le troisième Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, publié le 31 mars dernier, planifie l'activité hospitalière de la région pour les cinq ans à venir pour couvrir les besoins de santé de la population. Fruit de deux ans de travail, ce SROS a été élaboré selon de nouvelles règles. Explications…

Dans les deux premiers SROS, l'activité des établissements de santé était déterminée par un nombre de lits autorisés en se référant à une carte sanitaire (nombre de lits en fonction de la population). Le SROS 3 précise pour chaque territoire les objectifs quantifiés s'appliquant aux différentes activités (nombre d'implantations, volume de séjours…) et aux équipements matériels lourds.

Quatre territoires de santé

Le Nord-Pas de Calais est organisé en quatre bassins de vie : Métropole, Littoral, Artois et Hainaut. Chaque bassin de vie est lui-même divisé en zones de proximité. Le bassin de vie Métropole, par exemple, se répartit en trois zones de proximité (ZP) : Nord-Est (Roubaix-Tourcoing), Flandre Lys (Hazebrouck) et "Lille et environs."
Selon les activités, ces territoires peuvent être à géométrie variable. Ainsi, chaque zone de proximité doit disposer d'une structure d'accueil des urgences, d'une filière complète des prise en charge des personnes âgées, d'un service de gynécologie obstétrique. Par contre, certaines activités concernant par exemple, la chirurgie infantile, la réanimation, la radiothérapie… sont structurées au niveau du bassin de vie. Enfin, la région constitue le niveau de recours de deuxième intention et de prise en charge des …



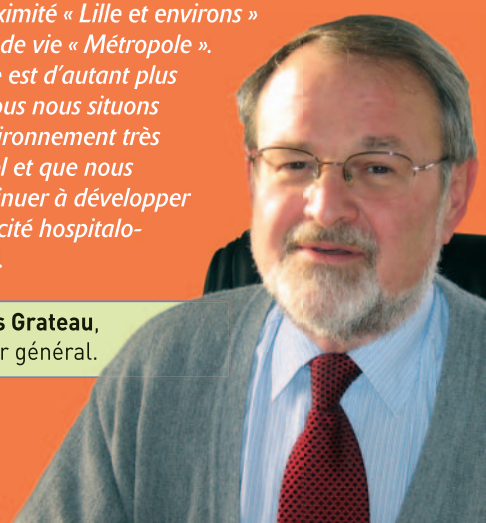
Questions à

Une gestion perspicace

Vous vous êtes beaucoup impliqué dans l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire…
En tant que représentant de la FEHAP, je faisais partie en effet du Comité de pilotage. J'ai participé également à la Commission mixte qui s'est réunie six fois pour examiner les 400 questions soulevées par les Conférences sanitaires. En qualité de représentant du GHICL au sein de la Conférence territoriale de santé du bassin de vie « Métropole », je participe au bureau de cette instance qui doit notamment promouvoir l'élaboration d'un projet médical commun aux différents partenaires. Les premiers thèmes retenus concernent les Urgences, la Psychiatrie et les personnes âgées.

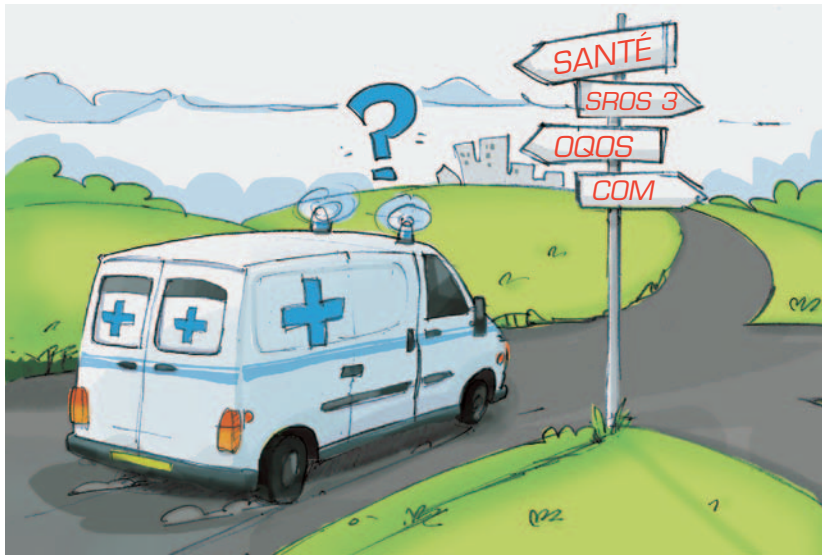
Ce SROS 3 donne-t-il à notre région les moyens de développer la politique sanitaire dont elle a besoin ?
Le préambule du SROS insiste sur l'état de santé de la population de notre région, l'insuffisance de l'offre de soins hospitaliers et la nécessité que la région bénéficie d'une péréquation financière (qui lui a été supprimée depuis trois ans) pour rattraper son retard. Compte tenu de ce contexte défavorable, accentué par les problèmes majeurs posés par la démographie médicale, il est du devoir des différents « acteurs de santé » de veiller à une meilleure utilisation des ressources notamment au travers d'actions de coopération et de partenariat.

Chaque établissement doit aujourd'hui négocier les Contrats d'objectifs et de moyens avec l'ARH. Quels sont les enjeux pour le GHICL ?
Les enjeux sont majeurs puisque, contrairement au COM conclu en 2000, qui ne portait que sur quelques thèmes, le futur COM concerne toute l'activité du GHICL (nature des activités, des équipements, volume d'activité…), mais aussi les objectifs à atteindre dans nos relations avec les autres acteurs de santé de notre zone de proximité « Lille et environs » et du bassin de vie « Métropole ». Le challenge est d'autant plus élevé que nous nous situons dans un environnement très concurrentiel et que nous devons continuer à développer notre spécificité hospitalo-universitaire.



François Grateau, directeur général.

Plein feu sur... Comment s'organise la santé dans la région ?



••• pathologies les plus complexes et les plus rares.

Comment les objectifs quantifiés d'offre de soins ont-ils été définis ?

Ces objectifs ont été évalués à partir de la consommation de soins hospitaliers de la population de chaque zone de proximité en 2003. Il a fallu ensuite tenir compte des projections INSEE sur l'évolution de la population d'ici 2010, prévoir, par exemple, le vieillissement de la population et donc l'augmentation de la demande de soins. Ces différentes données ont permis de prévoir, pour les cinq ans à venir, quelle sera la consommation de soins et donc des objectifs quantifiés d'offre de soins. Olivier Lacoste, directeur de l'ORS (Observatoire Régional de la Santé), souligne l'effet miroir de l'exercice : « *On dote un territoire en fonction de sa consommation alors qu'on sait que les populations les plus pauvres ont moins recours aux soins que les plus riches…* ».

Le tardif recours aux soins des plus pauvres

Pour pallier ce manque, deux indicateurs ont été ajoutés : le taux de RMI et le taux de mortalité/morbidité constaté dans chaque zone de proximité. Dans certaines zones, ces deux indicateurs atteignent un seuil critique et les objectifs de 2010 ont été majorés de 11%. C'est le cas de Lens-Hénin, Béthune-Bruay, Valenciennes, Sambre-Avesnois, le Calaisis et Roubaix-Tourcoing.
Notons cependant que si ces objectifs quantifiés fixés par le SROS sont « *opposables* » et peuvent interdire à un établissement hospitalier de créer ou poursuivre une activité (ce qui n'était pas le cas auparavant), ils ne sont pas pour autant figés. Ils sont révisables dans un délai de 2 ans et ensuite chaque année, afin de prendre en compte les évolutions techniques ou de mode de prise en charge, l'apparition de nouvelles pathologies…

Des médecins investis

Nombreux sont les médecins qui se sont investis dans l'élaboration du SROS. C'est le cas, par exemple, du professeur Thierry Van der Linden, médecin en Réanimation : « *Je participais au COTER (Comité technique régional) de réanimation. J'ai été responsable du groupe de travail « Surveillance continue » qui a élaboré le cahier des charges pour le SROS dans ce domaine. Un des grands principe du SROS 3, c'est la graduation des soins. Celle-ci s'exprime entre les établissements (hôpital de référence, généraliste ou de proximité), mais aussi sur les filières de soins.*
Par exemple, les malades qui ont plusieurs défaillances sont destinés à la Réa, ceux qui n'en ont qu'une seule, relèvent de Soins intensifs ; les malades potentiellement graves ou qui nécessitent une charge spécifique devraient aller en Surveillance continue. Cette notion de prise en charge graduée est essentielle car elle permet d'accueillir des malades en fonction de leurs besoins réels tout en optimisant les ressources mobilisées. Le GHICL devrait bientôt avoir une Surveillance continue de six lits », se réjouit Thierry Van der Linden.

Chaque établissement négocie son COM

Prochaine étape : les Contrats d'objectifs et de moyens (COM). Les établissements ont un an (d'ici le 1er avril 2007) pour les négocier avec l'ARH. Il s'agira de répartir de façon contractuelle les objectifs quantifiés entre les différents offreurs de soins autorisés à pratiquer telle ou telle activité. Là aussi, on partira de l'existant, la production de soins de chaque établissement dans chaque zone, de l 'augmentation prévue, pour définir le volume d'activité sur lequel l'établissement s'engage. Celui-ci pourra être sanctionné s'il n'atteint pas ou s'il dépasse les objectifs fixés.

Le GHICL bien placé

Le GHICL est bien placé pour négocier dans de bonnes conditions. En effet, ces deux dernières années, l'activité a fortement augmenté en volume global : + 8 % de 2003 à 2004 et + 6 % de 2004 à 2005. Une position que Jacques Richir, président du Conseil d'Administration de l'ICL, •••

« Un des grands principes du SROS 3, c'est la graduation des soins », **explique Thierry Van der Linder, médecin en Réanimation.**

QUEL DRÔLE DE NOM !

Savez-vous ce qu'est le SROS ?

Micro trottoir…

- *Un virus qui nous vient des pays asiatiques ? Non, ça, c'est le SRAS !*
- *Le schéma d'organisation et tout le machin…*
- *Un ministre ? Dominique Sros Kahn !*
- *Sûrement un microbe…*

SROS **mode d'emploi**

L'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) a accepté d'expliquer toute la démarche mise en œuvre pour élaborer le schéma régional de l'organisation sanitaire.

Tout a commencé en avril 2004. L'ARH réunit un Comité de Pilotage, composé des grands acteurs de la santé de la région (Fédérations hospitalières, représentants des médecins libéraux, du secteur médico-social, de la Préfecture, de la Région, des deux Départements, de l'Éducation Nationale, des Conseils de l'Ordre, des usagers et des paramédicaux…). Ce Comité de Pilotage doit valider la démarche, le calendrier de travail et le texte du SROS.
Parallèlement, **19 groupes thématiques** sont mis en œuvre pour travailler sur ***différents volets*** du SROS : diabète, pneumologie, personnes âgées… mais aussi télémédecine et démographie des professions de santé. Médecins, cadres de la DDASS et de la DRASS, Assurance Maladie, chargés de mission de l'ARH, représentants des fédérations hospitalières et des acteurs de santé… « *D'emblée, souligne l'ARH, les acteurs de santé sont associés.* »
Parallèlement également, **une équipe de projet** (composée de représentants de l'ARH, la DDASS, la DRASS et l'Assurance Maladie) assure la ***coordination*** entre les différents groupes de travail, prépare les Comités de Pilotage. Un document est établi, qui fait le lien entre les différents volets : il s'agit de coordonner par exemple la prise en charge des personnes âgées avec les urgences, les soins de suite…

En décembre 2005, le SROS est envoyé à tous les grands acteurs de santé de la Région et aux quatre **Conférences sanitaires**. Ces conférences sanitaires regroupent sur un même bassin de vie, les élus, les représentants des établissements de santé, des usagers, de la médecine libérale, des centres de soins… Elles ont alors ***45 jours pour émettre un avis.***
Le 15 mars 2006, l'ensemble des Conférences émet un avis défavorable au SROS tout en souhaitant continuer à travailler sur le fond du document et soumet 397 questions ou demandes de modification.
Une Commission mixte composée d'une part de l'ARH, d'autre part des grands acteurs de santé de la région se met au travail, examine chacune des demandes et trouve un consensus sur chaque point.
Le Comité de Pilotage se réunit les 10 et 17 mars et valide le SROS. Le document recueille ensuite un avis favorable de la part du CROS (Comité régional d'organisation sanitaire) et du CROSMS (comité régional d'organisation sociale et médico-sociale).
Le SROS est publié le 31 mars 2006. Il est le résultat du travail de près de mille personnes.

tient à saluer : « *Je veux remercier François Grateau de son active participation à l'élaboration du SROS. Depuis trois ans, sous son impulsion, notre groupe hospitalier a su s'assurer un meilleur ancrage au sein de son environnement. Il est aujourd'hui un hôpital de référence dans le bassin de vie lillois et a acquis une expertise en matière de travail en réseau. L'investissement du GHICL dans son projet médical a sans doute également été une excellente préparation au SROS…* »

TÉMOIGNAGE

Bonnet d'âne pour la région

« *L'Observatoire régional de la santé est une association loi 1901 dont le but est de réunir toutes les informations relatives à la santé et d'en faire part à ceux qui le demandent. Nous réalisons des études pour les organismes publics : Etat, Région, URCAM, Conseil de l'Ordre…*
Le retard de la région en matière de santé se maintient et même s'accentue. Si l'espérance de vie a augmenté partout en France depuis 20 ans, on s'aperçoit que, dans notre région, depuis 1990, cette augmentation stagne alors qu'elle se confirme partout ailleurs…
Et ce retard se décline sur l'ensemble des pathologies : cancers du poumon, de la gorge, du sein, de la prostate, pathologies cardio-vasculaires… On observe une surmortalité exceptionnelle par cirrhoses dues à l'alcool : trois fois plus importante chez les hommes et cinq fois chez les femmes !
Les seuls secteurs où nous sommes meilleurs sont les décès liés aux accidents de la route (nous avons moins de voitures par habitant qu'ailleurs et davantage d'autoroutes) et les maladies infectieuses, notamment le SIDA, (notre centre de transfusion sanguine fut l'un des premiers à faire chauffer ses poches de sang)…

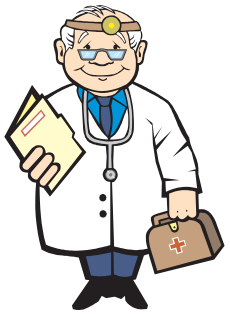
Certains secteurs de la région sont beaucoup plus gravement atteints que d'autres. Si la surmortalité dans la métropole est d'environ 20 % par rapport à l'ensemble de la France, elle atteint 50 % dans le Valenciennois et 65% sur le secteur de Lens-Hénin. »

• Olivier Lacoste, directeur de l'Observatoire régional de la santé.

Travailler ensemble !

L'URIOPSS est l'union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux. Elle compte plus de 900 adhérents : établissements hospitaliers, maisons d'accueil, de retraite, centres médico-sociaux, associations d'insertion…
« *Ce schéma définit l'offre de soins à disposition des populations dans chaque bassin de vie. Il aborde des thèmes transversaux, comme la prise en charge des personnes âgées, des adolescents. Il exige donc des actions communes entre l'Etat, la Région et les Départements, entre le sanitaire et le médico-social… Dans chaque bassin de vie, les acteurs vont devoir s'entendre pour élaborer et mettre en oeuvre les programmes territoriaux de santé…*
La situation de la santé dans notre région est très préoccupante. Nous avons un retard considérable et ce rattrapage ne peut se faire que dans le temps. Notre région ne peut plus cumuler les handicaps : chômage, formation, santé… »

• Gérard Deschryver, vice-président de l'URIOPSS.



Démocratie et démographie

La Région Nord-Pas de Calais est la seule Région de France à être présente aux sein de la Commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Une belle avancée démocratique qui traduit la prise de conscience que la santé est un des axes majeurs pour l'avenir.

Mais la région doit faire face également à un problème de démographie des professionnels de santé.

TÉMOINS

Patrick Hautecœur

La révolution des unités neuro-vasculaires aiguës

Le professeur Hautecoeur est un homme heureux : le SROS prévoit la création d'ici 2010 d'unités neurovasculaires aigües (UNVA) et l'une d'entre elles devrait être créée au GHICL.

« *Il y a quarante ans, on créait les unités de soins intensifs pour accueillir les malades ayant fait un infarctus du myocarde et on sauvait ainsi bien des malades,* explique-t-il. *Aujourd'hui, la même révolution s'opère avec les Unités Neuro-Vasculaires aiguës (UNVA). Elles font baisser de 20 % la mortalité suite à un accident vasculaire cérébral (AVC).* » Pourquoi ?

Une révolution

Grâce à un nouveau traitement : la fibrinolyse (opération qui consiste à envoyer un produit pour déboucher les artères) est possible si elle est réalisée dans les quatre heures qui suivent l'accident. Elle diminue le handicap et la mortalité
Grâce également à la présence d'une équipe pluridisciplinaire au lit du malade. « *Infirmière, aide-soignante, kiné, orthophoniste, médecin rééducateur, neurologue… prennent en charge la totalité des symptômes. Ce qui fait baisser la mortalité et le handicap…* »
Le SROS prévoit l'implantation, d'ici 2010, de 3 UNVA sur la métropole : au CHR, à Saint-Philibert et à Roubaix ou Tourcoing. Patrick Hautecœur s'est battu au sein du Groupe thématique AVC pour que le SROS retienne ce type de prise en charge dans la région. « *C'est aujourd'hui un vrai problème de santé publique. Dans le Nord-Pas de Calais, l'AVC est la première cause de mortalité chez les femmes de plus de 60 ans.* »

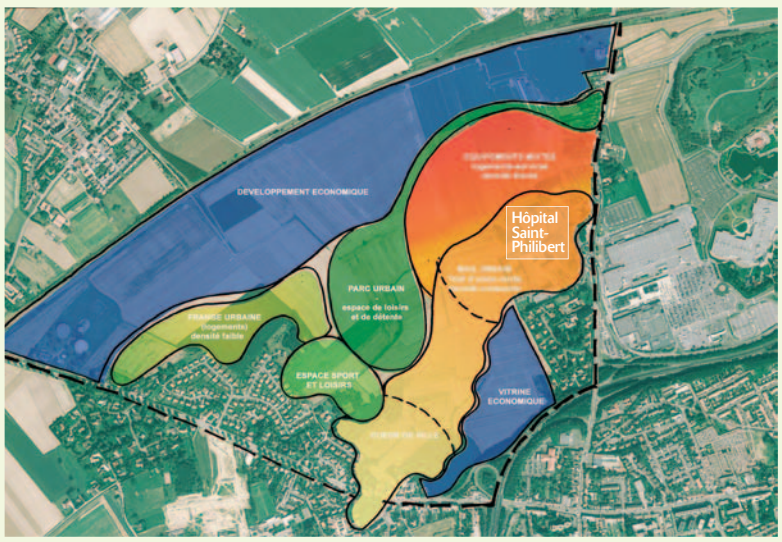
Une filière de soins

Les recommandations de prise en charge de l'AVC définissent toute la filière de prise en charge de l'alerte à la réinsertion du patient. Le SROS appuie l'évolution sanitaire sur cette définition.
Le patient est pris en charge de manière intensive en UNVA (3 jours). Il peut alors être dirigé vers un lit de neuro-vasculaire subaiguë (durée moyenne de 10 jours). Idéalement, le patient est alors orienté, après évaluation et selon ses besoins, vers un service de Médecine Physique et Réadaptation ou vers des soins de suite spécialisés (il peut aussi relever du long séjour, rentrer à domicile).
Dans la réalité, l'orientation en MPR (Médecine Physique et Réadaptation) ou SS (Soins de Suite) est un passage peu aisé … et parfois peu satisfaisant en termes d'adéquation entre les besoins du patient et la place qu'on lui trouve. « *Le GHICL est très impliqué dans un travail de définition d'une filière avec 8 établissements qui vont dédier quelques lits de MPR ou de soins de suite aux patients AVC. Saint-Philibert contribuera à la filière en créant l'UNVA et en dédiant une partie de ses lits de Neurologie à l'activité subaiguë.* »

Perspectives

Nom de code « Tournebride »

Telle est la dénomination de la zone située à proximité de l'hôpital Saint-Philibert qui fait l'objet d'un plan d'aménagement conduit par la Communauté Urbaine. Acteur de cette opération, l'Université Catholique de Lille souhaite y insérer certains de ces projets de développement en lien avec d'autres structures associatives.



Un nouveau quartier de ville

Sous l'égide de Lille Métropole Communauté Urbaine de Lille, les communes de Capinghem, Lomme et l'Université Catholique de Lille (UCL) ont décidé de travailler ensemble au projet d'aménagement d'un espace d'une centaine d'hectares situé sur le territoire de ces communes ainsi que sur celle de Presmesques. Cet espace, actuellement à usage agricole, est pour une part contigu à l'hôpital Saint-Philibert.
L'objectif de cette collaboration est de concevoir un nouveau quartier de ville harmonieux, rassemblant des équipements publics, une offre d'habitat diversifiée favorisant le brassage des populations, des activités tertiaires et de service. L'accent sera mis sur la qualité urbaine, architecturale ainsi qu'en matière d'environnement.

Un projet original

L'UCL a été associée à cette réflexion pour les compétences qu'elle est en mesure d'apporter dans la conception d'un nouvel ensemble urbain mais aussi en raison de la part qu'elle compte prendre dans la promotion de nouveaux équipements s'inscrivant dans ses projets de recherche, de formation, de soins, de service aux étudiants… C'est notamment le cas de services institutionnels ou ambulatoires entrant dans la volonté de développer un axe de réflexion universitaire, pluridisciplinaire portant sur la double thématique "handicaps et dépendance" et particulièrement sur le champ dit « médico-social » dont le Docteur Bruno Pollez assure l'animation (cf. article p6). Cela concerne le service aux personnes handicapées, quelle que soit la nature de leur handicap, et aux personnes âgées… Il s'agit d'une approche novatrice car si formation et recherche sont très développées en matière de santé, notamment autour des CHU, rien d'équivalent n'existe à ce jour dans le domaine médico-social. Parallèlement, l'urbanisation de cette zone permettra au GHICL de disposer d'espace pour développer de nouvelles activités et mettre en œuvre la deuxième phase du schéma directeur de Saint-Philibert.

Une coopération associative

Dans cette démarche l'UCL n'agit pas seule. Ce projet et son contexte urbain ont en effet intéressé plusieurs organismes œuvrant dans le domaine du handicap ou du grand âge, qui voient l'opportunité de trouver dans ce nouveau quartier un environnement propice à leur développement. C'est aussi pour eux la perspective de pouvoir mutualiser des équipements (rééducation, salles d'activités…), des services (restauration, transport…), et surtout de participer à cette réflexion sur la qualité du service professionnel rendu aux personnes qu'elles accueillent.
Un comité de pilotage dont l'animation a été confiée à Jean-Claude Sailly réunit depuis l'été 2004 l'ensemble des promoteurs intéressés par cette démarche. Parmi eux : l'association des Papillons blancs (Maison d'Accueil Spécialisée), l'association Hélène Borel (Foyer d'accueil médicalisé), La vie devant soi (Foyer d'accueil médicalisé pour traumatisés crâniens), Jean XXIII (soins palliatifs)… Les premiers projets devraient voir le jour à partir de 2007.

Thérèse Lebrun,
Président-Recteur de l'Université Catholique de Lille

4 questions à

Un pôle Soin, Recherche et Formation

Quels sont les enjeux du développement de Tournebride pour l'Université Catholique de Lille ?

L'aménagement du site de Tournebride constitue une chance pour l'ensemble des établissements composant l'Université Catholique de Lille. Nous souhaitons développer à terme un pôle universitaire d'excellence en matière de prise en charge globale du vieillissement, de la dépendance et du handicap associant un volet « universitaire » avec la recherche et la formation première et continue à un volet « soins » avec le service aux personnes. Relever le défi de la prise en charge du vieillissement et du handicap dans notre société correspond bien à la mission spécifique d'une Université Catholique, dans son souci de contribuer à bâtir une société plus juste et plus humaine.

Quelles sont les caractéristiques du projet ?

La première caractéristique du projet est d'associer collectivités territoriales (les communes de Capinghem, de Prémesques et de Lomme et Lille Métropole Communauté Urbaine) et l'Université Catholique de Lille. L'objectif global de cette collaboration est de réaliser sur le site de Tournebride un véritable quartier de ville et de vie avec la volonté de mettre en oeuvre une mixité sociale : étudiants, personnes âgées, personnes handicapées, familles, dans un cadre de vie harmonieux, respectant l'environnement ; c'est une deuxième caractéristique. Enfin, c'est un projet interdisciplinaire qui va permettre de faire travailler ensemble des professionnels de la santé et du soin, des travailleurs sociaux, des psychologues, mais aussi des économistes et des ingénieurs.

Comment s'inscrit-il dans le plan stratégique de l'Université Catholique ?

L'ensemble de l'opération devrait se réaliser d'ici 2015. Nous sommes dans la phase de projet, de prospective et de planification. Je souhaite que chacun s'y engage activement selon son métier et ses compétences. Ainsi le jeudi 1er juin après-midi, les représentants des établissements d'enseignement et de recherche se réuniront pour voir ensemble la part qu'ils pourront prendre dans le projet, en termes de formation, de recherche, de mise en place de stages. Le projet Tournebride s'inscrit complètement dans le plan stratégique de l'Université Catholique de Lille, une Université ouverte, engagée et responsable.

Agenda

• 1 juin à 20h30 :
Concert du chœur universitaire Aula maxima 60 bd Vauban à Lille.
Renseignements et réservations au : 03.20.13.47.47.

• 8 et 9 juin :
Hôpital Sans Tabac. Animations et exposition photo du personnel du Groupe.
Jeudi 8 juin de 12h à 14h : *à l'entrée du self de Saint-Philibert.*
Vendredi 9 juin de 12h à 14h : *à l'entrée du self de Saint-Vincent de Paul*
Renseignements au service communication – Pascale Breucq ou Catherine Ficquet.

• 10 Juin :
Psoriasis :
4ème journée d'information sur le psoriasis à la Faculté Libre de Médecine :
56, rue du Port à Lille.
Renseignements et inscriptions gratuites au : 03.20.22.50.73.

• Vendredi 23 juin à 17h :
Cocktail de fin d'année universitaire :
60, bd Vauban à Lille.
Renseignements : Geneviève Branquart au 03.20.13.40.91.

• Du 13 au 27 juin :
Fête de la musique : Exposition, dans la Rue de Saint-Vincent de Paul, sur la chanson française.
Rens. : Catherine Ficquet, service communication, poste 4561.

• Du 26 au 30 juin :
Journées de prévention sur les risques solaires. Stand d'information du Centre de Prévention Santé dans la Rue de Saint-Vincent de Paul.
Rens. : Catherine Ficquet, service communication, poste 4561.

Carnet

Jérome et Anne-Sophie Zimowski sont heureux de vous annoncer la naissance de leur fille **Nina**, née le 6 mars 2006 à la maternité de l'hôpital Saint-Vincent de Paul.

Actualités

Une salle de **coronarographie** dernier cri

Près de 300 personnes se sont précipitées à la journée porte ouverte organisée par le service de Cardiologie/Soins intensifs. Le personnel du service faisait découvrir ce jour-là l'univers de la pathologie coronarienne depuis l'ouverture de Saint-Philibert et leur nouvelle salle située dans l'ancienne balnéothérapie.
Plusieurs techniques ont été ainsi exposées aux visiteurs : l'échographie endocoronaire, les guides de pression (évaluation physiologique des rétrécissements des artères coronaires), le rotablator (athérectomie rotative).

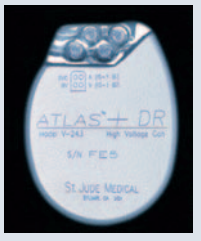
La coronarographie utilise les rayons X grâce à un nouveau matériel de type « capteur plan », installé depuis novembre 2005, permettant d'obtenir une excellente imagerie, avec une réduction non négligeable des doses de rayons X. En 16 ans, la durée d'examen est passée de 30 mn à 7 mn.

Cardiologie

Le défibrillateur cardiaque implantable

Depuis le début de l'année, le GHICL est autorisé à implanter des défibrillateurs cardiaques. Il devient ainsi le deuxième centre de la région, avec le CHR de Lille, autorisé à pratiquer cette technique.

Ce dispositif permet de traiter certains patients atteints d'arythmies ventriculaires graves ou susceptibles de développer ce type de tachycardie permettant de réduire la mortalité.
Les indications se sont récemment étendues notamment dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques et des coronariens et cette nouvelle activité est appelée à se développer.
C'est avant tout une bonne nouvelle pour nos patients qui peuvent désormais bénéficier au GHICL de toute la palette en matière de stimulation cardiaque. Cette autorisation va également nous permettre de mieux assurer notre rôle de formation à l'échelon régional.



Et, dès la fin de l'année, toute la rythmologie interventionnelle sera réalisée dans une salle dédiée du nouveau plateau interventionnel situé dans l'ancien bloc obstétrical de Saint-Philibert. Le service de cardiologie devrait, quant-à lui, être déplacé sur l'aile sud du 1er étage et bénéficier de bien meilleures conditions d'accueil des patients.
Gageons que la rythmologie poursuivra ainsi le constant développement de ses activités.

Vers la notion **d'hôpital européen**

L'Université Catholique de Lille et le groupe hospitalier ont signé, vendredi 3 mars 2006, un accord-cadre avec le Centre hospitalier régional de Mons, en Belgique.

L'accord-cadre, signé en mars entre l'UCL, le GHICL et le centre hospitalier de Mons, porte sur la mise en œuvre d'un réseau de collaboration dans les domaines de la formation, de la recherche et de l'offre de soins. Cet accord vise à faciliter la formation et la mobilité de professionnels, d'enseignants et d'étudiants dans le domaine de la santé, dans l'espoir de partager des ressources humaines, matérielles et des pratiques scientifiques.
Le CHR belge pourrait accueillir des étudiants français, tandis que des praticiens belges pourraient aller donner des cours à l'UCL. Un premier pas significatif vers des soins transfrontaliers.

La grippe aviaire fait salle comble

Près de 250 personnes ont participé à la réunion d'information sur la grippe aviaire organisée simultanément à Saint-Philibert et Saint-Vincent de Paul. Cette première rencontre avait pour objectif de faire le point sur le virus H5N1, son mode de contamination, les scénarios de propagation, les moyens de lutte et de présenter les dispositions prises au plan national et hospitalier pour anticiper une éventuelle pandémie. L'assistance nombreuse (certains étaient debout) et les questions posées ont démontré l'intérêt du personnel pour cette question. Un intérêt que certains aimeraient bien voir se manifester pour d'autres thèmes où les préoccupations d'ordre individuel sont sans doute moins présentes. D'autres réunions informeront de l'organisation arrêtée au sein du GHICL dans le cadre d'un plan blanc « grippe aviaire ».

Qualité

La **vigilance** avant tout !

Dans les années 90, l'affaire du sang contaminé a mis en lumière la nécessité de vérifier l'origine des produits utilisés et leur traçabilité…

L'hémovigilance fut la première à être créée au GHICL, en 1992. Depuis, beaucoup de changements ont bouleversé l'organisation des pratiques et des vigilances.

Deux nouvelles vigilances

L'Agence française du sang a laissé place à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé qui répertorie la réglementation de l'ensemble des vigilances : pharmacovigilance, matériovigilance et depuis peu, réactovigilance et biovigilance.

« *La réactovigilance concerne l'ensemble des réactifs utilisés en laboratoire. Elle doit surveiller tous les incidents ou risques d'incidents, mais aussi les possibles erreurs d'étiquetage ou de notice d'utilisation du dispositif médical de diagnostic in vitro,* rappelle Catherine Lafon. *Le correspondant est Jean-Louis Dhondt. La biovigilance s'adresse à tout ce qui concerne les greffes, c'est-à-dire les risques liés à l'utilisation à des fins thérapeutiques d'éléments du corps humain (organes, tissus, cellules…) ainsi que les produits qui en dérivent. Mme Cambier prend en charge la biovigilance des cellules souches hématopoïétiques.* »

Un rapport commun des vigilances

Chaque vigilance a son correspondant. Chacun a expliqué sa vigilance et la manière de déclarer les incidents dans le livret des vigilances rédigé pour l'accréditation. Chacun fait chaque année son rapport d'activité dans lequel il indique le nombre de déclarations, le nombre de produits, les évolutions de la législation. « *Je voudrais aujourd'hui, en tant que coordinateur des vigilances, éditer un rapport commun des vigilances. J'ai demandé à chacun de m'envoyer leurs rapports afin de les diffuser sur l'Intranet. Je souhaite également rédiger un rapport commun, avec quelques lignes sur chaque vigilance : une synthèse de tout ce qui s'est passé durant l'année en quelque sorte.* »

Ça bouge

Incontournables, **incontournables…**

Pour soigner un patient, certaines données sont incontournables et doivent être connues de l'ensemble des infirmières et aides soignantes. Comment asssurer la mise en œuvre de cette exigence ?

Au sein de chaque service, par exemple, l'éventail mural donne les informations nécessaires à tous les professionnels qui y interviennent.

Les « *incontournables* » resensibilisent les professionnels soignants à la bonne pratique des soins, une méthode pédagogique et participative mise en œuvre depuis 2004 au sein du GHICL. En octobre dernier, « ***Objectif Soins*** » publiait, un article sur le sujet, écrit par la direction des Soins.

L'incontournable du mois

Il s'agit de cibler une pratique autour de laquelle infirmières et/ou aides soignantes se mobilisent pendant un mois : tri des déchets, cathéter veineux, identité du patient, guide du bon prélèvement… La période de sensibilisation dure deux semaines : le cadre de l'unité s'efforce alors de rappeler la bonne pratique… Les deux autres semaines sont réservées à l'observation : une fiche d'évaluation anonyme permet d'estimer les connaissances des personnes. On peut ensuite réajuster les connaissances là où c'est nécessaire.

« *Notre objectif est d'inciter les cadres à mobiliser l'ensemble de leur personnel, y compris ceux de nuit, autour des pratiques que nous estimons devoir être connues de tous,* rappelle Linda Way, directrice des Soins. *On apprend mieux de ses pairs et il y a un enrichissement mutuel à partager nos connaissances…* ».

Rencontre avec…

Bruno Pollez,
chargé de mission projet médical

Handicaps et dépendance

Handicaps et dépendance sont un des défis actuels de notre société. Outre la nécessité de créer des services aux personnes, le GHICL et l'UCL souhaitent développer une réflexion universitaire sur cette double thématique à dominante médicosociale. Bruno Pollez est chargé de cette mission…

L'université catholique de Lille propose de multiples filières : sanitaire (avec sa faculté de médecine et ses écoles), sociale, juridique, sciences économiques, sciences humaines et éthique, sciences et techniques… « *Cette pluridisciplinarité est une chance,* explique Bruno Pollez. *Une réflexion sur le thème « handicaps et dépendance » peut être nourrie de façon transversale. Nous pouvons constituer un fonds commun ainsi que des modules d'enseignement spécifiques.* »

Le cours de la vie

Parallèlement à cette réflexion, des services à la personne doivent être développés. « *Nous réfléchissons à une meilleure articulation hôpital/vie pour les personnes handicapées ou qui gardent des séquelles et pour qui la sortie du monde sanitaire peut être problématique.* »

Il s'agit de travailler le lien entre les acteurs de l'hôpital et ceux du lieu de vie et de développer des formules transitionnelles : hospitalisation à domicile, équipe mobile, réseau de santé etc.. et ainsi aider les personnes à reprendre le cours de leur vie. « *Cette action permet d'accroître le service finalement rendu par l'institution hospitalière aux personnes et à ceux qui les entourent, et également de faciliter les flux hospitaliers puisque aujourd'hui des personnes tardent à l'hôpital faute de solution pour permettre leur sortie* ». Il s'agit aussi d'essayer d'enrichir les offres de réponses médico-sociales.

Praticien hospitalier en Réadaptation, Bruno Pollez connaît bien le problème du handicap. Même s'il n'intervient au GHICL qu'à temps partiel, sa mission l'incite à développer des coopérations sur le plan régional, et d'abord tout particulièrement sur le pôle Lomme-Capinghem, en lien étroit avec Jean-Claude Sailly de l'ICL ainsi qu'avec l'URIOPSS *(voir Perspectives)*.

Ça bouge

De nombreuses données sont en train de changer. La loi du 2 janvier 2002 a réécrit le paysage médico-social. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (alimentée par le travail du lundi de Pentecôte) est dédiée aux besoins liés au handicap et à la dépendance. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées annonce notamment un droit fondamental : le droit à la compensation (du handicap) au titre de la solidarité nationale. La création des maisons départementales des personnes handicapées dans le cadre de la décentralisation va permettre d'avancer en plus grandes proximité et écoute…

« *Les dossiers des personnes handicapées seront instruits par une équipe pluridisciplinaire en fonction de leur projet de vie, afin de réduire le handicap et leur proposer un plan personnalisé de compensation. Il faut saisir cette chance nouvelle de décloisonner un peu plus le sanitaire et le social au service de la lutte contre le handicap vécu.* »

Découverte

La neuro **en solo !**

Le 28 février 2006, les services de Psychiatrie et de Neurologie se sont séparés. La Psychiatrie a déménagé à Saint-Vincent de Paul. La Neurologie est restée dans ses locaux, au 5ème étage de Saint-Philibert. Un réaménagement qui favorise la prise en charge et l'autonomie des patients.

Maria Lupa et Annie Frémaux présentant la salle de bain aménagée.

Le départ de la Psychiatrie a permis à l'équipe soignante de Neurologie de repenser son organisation pour mieux s'adapter aux pathologies des patients. Ce service travaille en interdisciplinarité avec un ergothérapeute, un kinésithérapeute, une diététicienne et une assistante sociale et traite les accidents vasculaires cérébraux, les scléroses en plaques, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer et autres troubles de la mémoire…

Hier encore…

Avant le déménagement, le service comptait quinze chambres dont cinq individuelles et dix doubles, ce qui pouvait parfois poser problème. Quand le personnel s'occupait d'un patient dans une chambre à deux lits, il était facilement sollicité par son voisin.
De plus, la double spécialité Psychiatrie/Neurologie générait des déménagements fréquents (lits, matériel) pour optimiser l'occupation des chambres.

Une meilleure prise en charge

Depuis fin février, l'équipe soignante ressent une nette amélioration de son travail. Le service dispose de plus de place et les 15 chambres sont devenues individuelles. « *Les infirmières arrivent mieux à s'organiser et peuvent s'occuper d'un patient à la fois* » souligne Anne-Marie Bailleul, cadre de santé. Les lits, à présent électriques, facilitent les gestes des infirmières et aides soignantes. Le matériel est davantage accessible car stocké dans chaque chambre.
Anne-Sophie Talbot, infirmière, précise : « *Le service est plus calme et nous sommes moins sollicités par les patients qui redeviennent autonomes. Ces derniers retrouvent ainsi le moral et récupèrent plus vite. Nous les stimulons pour limiter les effets dégénératifs de certaines pathologies* ».

Un service lumineux

Maria Lupa, aide soignante, confirme : « *On constate que les patients rentrent plus vite chez eux. Ils apprécient à présent le service qu'ils jugent lumineux et retrouvent leur intimité.* » Les personnes en fauteuil roulant peuvent aujourd'hui se déplacer dans la chambre.
Les portes et les salles de bain ont été agrandies. Les éviers et les toilettes sont mis à hauteur des patients en fauteuil roulant. Chaque chambre dispose de sa propre douche. Les patients peuvent à présent faire seuls leur toilette.

Quatre lits de Neurovasculaire aigüe

D'ici fin 2006, le service devrait compter seize chambres individuelles et quatre lits de Neurovasculaire aigüe pour les accidents vasculaires cérébraux. Ces patients nécessitent une lourde prise en charge. *(voir page 3)*
Le personnel espère que cette charge de travail supplémentaire sera allégée grâce à un recrutement de personnel.

Dans un prochain numéro de Symbiose, nous vous ferons découvrir la nouvelle clinique Médico-Psychologique adulte de Saint-Vincent de Paul.

Mémoire et accidents vasculaires cérébraux

Le service de neurologie du GHICL est depuis longtemps reconnu pour son expertise de prise en charge de la sclérose en plaques.

En 2004, la réflexion d'analyse stratégique menée avec les représentants du service a conduit au choix de s'investir, pour cette discipline, sur deux nouveaux « segments » d'activité :

- L'activité Mémoire : ouverture d'une consultation mémoire dans le cadre du réseau MEOTIS. Ce choix est cohérent avec le projet personnes âgées qui est une orientation majeure de notre projet médical.

- L'activité AVC (prise en charge des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux). Pour développer cette activité conformément aux recommandations de prise en charge réglementaires et alors que l'élaboration du SROS était en cours, les neurologues ont défini la contribution possible de la neurologie de Saint-Philibert à une filière AVC. La réflexion sur le schéma directeur a intégré cette évolution. Depuis peu, le service de neurologie installé dans l'aile nord du 5ème qui vient d'être réaménagée, dispose des conditions qui lui permettent d'accueillir cette UNV.

Nous y étions

Forum 3E
Echange d'expériences et de rires

Vendredi 7 avril, le Forum 3 E a réuni près de 300 personnes à l'Université catholique de Lille pour un partage d'expériences très riche et parfois plein d'humour et de rires…

« *Dédié aux professionnels du GHICL, le Forum 3 E (Espace, Échange, Expérience) a pour vocation de partager des expériences vécues dans les services et de valoriser les savoir-faire,* » explique Linda Way, directrice des Soins.
Des expériences très différentes ont été présentées : prise en charge de la personne âgée, soins de confort apportés au nouveau-né ou impact des biothérapies sur la prise en charge pluridisciplinaire des patients suivis pour rhumatisme inflammatoire… Et des posters rappelant des pratiques en vigueur, la genèse d'un service (soins palliatifs) et les objectifs d'instances comme la CARE ont été exposés.

Des pros de la santé… et du théâtre

Mais le clou de la journée a sans doute été le spectacle présenté par l'EOH (équipe opérationnelle d'hygiène). Sur scène, un patient autour duquel s'active toute une équipe : médecin, infirmière, aide soignante, agent de service logistique…
Ce condensé de tout ce qu'il ne faut pas faire au lit d'un patient si l'on veut respecter un minimum les règles d'hygiène, était ensuite suivi d'un rappel des bonnes pratiques… Un spectacle débordant d'humour et de talent sachant éviter tout ton moralisateur. On sentait le vécu et aussi le travail !

Et pour couronner le tout, l'EOH nous a offert une petite chanson des Frères Jacques, versions SHA-SHA-SHA ! Un morceau d'anthologie !
« *Cette mobilisation traduit le dynamisme et la cohésion des équipes,* tient à souligner Linda Way. *La capacité à faire passer un message tout en prenant de la distance par rapport à ce que l'on fait, témoigne aussi sans doute de ce que les personnes sont « bien dans leur tête »… C'est essentiel !* »

Le respect des règles.

L'équipe EOH, version Frères Jacques : ça swingue !

Tout ce qu'il ne faut pas faire.

Se battre contre les BMR.

Avez-vous les mains propres ?

Équipes mobilisées :

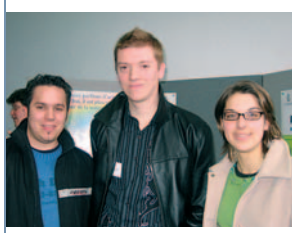
- Rhumathologie,
- Radiologie,
- Équipe opérationnelle d'hygiène
- Santé de l'adolescent,
- Diététique et Nutrition,
- Médecine physique et Réadaptation fonctionnelle,
- Équipe interdisciplinaire d'enseignants du Pôle santé et de professionnels du GHICL
- Équipes du Bloc opératoire et de Traumatologie
- Néonatologie.

Dans la salle

« Je me suis inscrite pour soutenir mes collègues diététiciennes qui présentaient notre expérience. Notre profession a besoin d'être davantage reconnue par les professionnels de santé… »
• Véronique Gengembre, diététicienne à Saint-Philibert

« Nous avons beaucoup apprécié les sketches. C'est une façon amusante de nous rappeler certaines règles que l'on connaît… Mais, là, elles resteront gravées ! Nous avons apprécié la présentation assez interactive…»
• Sandrine Defoort et Aurélie Cousin, étudiantes infirmières en 3ème année.

« C'est intéressant d'avoir un contact direct avec les professionnels en dehors des cours et des terrains de stage. On se sent déjà intégré parmi eux… La pièce était géniale ! Le message passe bien ! »


• Marie Glantenay, Romain Goudemond, Alexandre Roseau, étudiants infirmiers…

La rue s'anime

Il n'y a pas d'âge…

Le samedi 20 mai dernier, nous participions à la fête nationale du jeu sur le thème « **Jeux et jouets à travers les âges** ». À cette occasion, la Rue de Saint-Vincent Paul a accueilli une exposition de jouets anciens, un cortège d'animateurs ainsi qu'un atelier de créations de jeux. Cette opération, fruit d'un travail partenarial entre structures du quartier Moulins, s'est achevée autour d'un goûter et d'une balle au prisonnier géante à la Maison de Quartier.

Fenêtres qui parlent

Fenêtre des adolescents sur le thème du silence.

Du 18 mars au 9 avril, la Rue de Saint Vincent de Paul s'est à nouveau transformée en lieu d'expression artistique et poétique dans le cadre des « **Fenêtres Qui Parlent** ». Qu'ils soient artistes du quartier Moulins, du Vieux Lille, ou du service de psychiatrie infanto-juvénile, chacun a pu contribuer à l'émerveillement des chalands.
Le vernissage, sous un rayon de soleil et de toasts salés /sucrés, fut un temps de rencontre fort et apprécié.

Des lumières en design ?

Oui, les apprentis-ingénieurs de l'ISTNord (Institut Supérieur de Technologie du Nord) le sont et nous l'ont prouvé dernièrement en exposant leurs brillants travaux conçus dans le cadre d'un projet d'étude! Ces étudiants ont des idées pleines d'originalité et parfaites pour égayer votre meublé.
Entre la lampe cafetière ou celle coulée dans le béton, chacun a pu s'exprimer selon ses passions.

normédia - 03 20 15 99 15

groupe Hospitalier
de l'Institut Catholique de Lille

Directeur de publication :
François Grateau

Rédacteur en chef :
Pascale Coevoet Breucq

Comité de rédaction :
Julien Begon-Lours, Jacques Chevalier, Erick Mizzi, Emmanuelle Jeanjean, Marie-Hélène Gohier, Fabienne Grenier, Isabelle Lapère, Anne-Marie Ramu, Frédérique Dehoorne, Marie-Christine Guilbert, Catherine Cochez, Nathalie Nowaczyk, Charlotte Benault, Denise Cassou, Isabelle Hervein et Catherine Ficquet.

ISSN en cours - Tirage : 2800 ex.

GHICL Hôpital Saint-Philibert - Service communication
BP 249 - 59462 Lomme cedex

Réalisation : « Prête-moi ta plume » tél : 03 20 15 92 75

Votre journal interne Symbiose est distribué, tous les deux ou trois mois, nominativement, avec la fiche de paie. Si vous ne le recevez pas régulièrement, vous pouvez contacter le service communication, poste 5660.